

Ligeras consideraciones sobre un tratamiento drástico de las peritonitis generalizadas

Por RICARDO AGUILAR

D. D. S. — M. D. — F. A. C, P.—
F. A. C, S.

Cirujano en jefe del Hospital
de Quiriguá — Guatemala

Este tratamiento difiere naturalmente según el caso y según la causa de la infección que ha producido la generalización infecciosa del Peritoneo. Requiere como es natural, mucho discernimiento y una visión audaz del posible pronóstico para así adelantarse y conjurar a tiempo el desastre. En este pequeño artículo sólo me voy a referir a la experiencia que he tenido con unos cuantos casos de peritonitis generalizada aguda, todos ellos consecutivos a una infección producida por apendicitis gangrenadas y perforadas, — y por perforaciones intestinales.

En primer término hay que mencionar como reseña histórica las múltiples ideas en materia de tratamiento; como sean la técnica de Murphy, la cual cuando es usada conforme la idea del gran maestro muchas veces produce buenos resultados, pero desgraciadamente, en algunos casos se aplica una parte del tratamiento, aboliendo tal vez la que podría dar mejores ventajas.

La técnica de Murphy: el reposo absoluto del enfermo la posición de Fowler, la dieta hídrica absoluta, el lavado es-

tomacal, morfina, etc., esperando así en la buena suerte de la localización infecciosa para después drenar el abdomen. En algunos casos este tratamiento da espléndidos resultados, pero si la visión del cirujano no abarca todos los puntos de menor resistencia del paciente, la falla de uno de ellos es suficiente para producir el fracaso. Las inyecciones de sueros y vacunas, el tratamiento por el líquido amniótico, las inyecciones de sales coloidales, mercurocromo intravenoso, etc., creo que son una gran ayuda para el cirujano; pero aquel que se confía a estos paliativos lo mismo que confiarse en la esperanza de que la infección se localizará; para entonces intervenir; tiene a su paciente en jaque *como rey de ajedrez* y con un mal movimiento de pieza se pierde la partida.

Esperar la localización de un absceso en un caso de peritonitis generalizada producida por una gangrena del apéndice con perforación y con la posible invasión de materias fecales en la cavidad peritoneal; particularmente en los casos en los cuales el laboratorio y los síntomas clínicos esconden el pro-

nóstico dejando al cirujano a ciegas: es un error quirúrgico. En pacientes apiréticos o con temperatura no muy alta, con recuento leucocitario casi normal, a veces con leucopenia. Casos en que sólo la técnica de la sedimentación nos da alguna ayuda y en la cual no se puede confiar enteramente. En fin, son tantas las cosas que hay que tocar que se necesita mucho tacto y experiencia para dominar la situación con ventajas para el paciente. Yo estoy convencido de que la laparotomía temprana es el tratamiento Sine-quantum de las peritonitis generalizadas. Pero no obstante: es en este momento donde se nos presenta el problema de qué procedimiento a seguir para el tratamiento post operatorio. Si la aplicación de los diferentes sueros Antiperitoníticos que existen en el mercado, si la aplicación de líquido (AMFETIN) si el simple drenaje de la cavidad abdominal, etc.

Este artículo tiene especial Interés para el cirujano que en la lucha quirúrgica tiene que afrontar casos verdaderamente desesperados en los cuales la fatalidad es casi segura; ya sea por que el paciente llega al cirujano en esas condiciones, ya sea que el cirujano haya **intervenido** siguiendo cualquier técnica, agravándose los síntomas de la peritonitis después del proceso operatorio. Viéndose el cirujano obligado a intervenir nuevamente en casos en los cuales ni los lavados de estómago, ni los sueros, ni la electri-

cidad, ni nada puede corregir los vómitos fecaloides, la timpanitis, el hipo, el ileus, la **amaria**, la lipotimia, en una palabra todas las secuelas que llevan al paciente a una muerte segura.

Voy a pintar un cuadro común que a todos nos ha pasado: nos llega un paciente con un apéndice gangrenado después de 24 horas o tal vez más, tal vez menos de la aparición del primer síntoma; con vómitos porráceos, timpanitis, con retención de orina, con facies peritoneal, con temperatura moderada o con temperatura alta, o con apirexia; con leucocitosis pronunciada o leucocitosis moderada, o conleucopenia; con muestras de trastornos en los exámenes de la orina: albúmina, cilindros, indican, etc., con dolores abdominales o sin ellos, con una sedimentación sanguínea alta o baja, ligera o tardía con acetonemia, con desequilibrio metabólico. Nuestro primer impulso es tonificar al paciente; inyecciones de glucosa de suero normal, etc., lavados de estómago y la laparotomía lo más pronto posible antes que el paciente pierda más terreno. Si en un caso como éste esperamos la localización de la infección abdominal, puedo asegurar que el paciente está perdido aun bajo el cuidado de las manos más expertas a pesar de los sueros, los estimulantes, los lavados de estómago, la posición de Fowler y a pesar de los pesares: el enfermo se muere.

Ahora veamos la otra cara del asunto: si al enfermo le practi-

canios la laparotomía y nos encontramos con que la peritonitis ha invadido macroscópicamente una tercera parte de la cavidad abdominal y nos contentamos con la instilación del preparado de líquido amniótico, de éter, de alcohol, de sueros antiperitoníticos y la aplicación de tubos de drenaje en los lugares respectivos. En algunos casos se sale adelante de la batalla, pero en otros se nos presenta el agravamiento de los síntomas urgiendo una nueva intervención. Entonces nos encontramos con lo más patético de este cuadro: la cavidad abdominal distendida, que contiene las asas intestinales también distendidas y adheridas entre sí por membranas de neoformación formadas por los exudados plásticos de la peritonitis. Los tubos de drenaje que nosotros creíamos que estaban produciendo algún efecto beneficioso; por el contrario se encuentran enclavados en la cavidad abdominal y en ¡su contorno hay una dura pared plástica producida por el mismo exudado peritonítico cuando no; dicha pared está compuesta por paredes intestinales gangrenadas y no es raro también que materias fecales hayan invadido el abdomen después que dichos tubos han producido una perforación del intestino. Ahora nos preguntamos: qué drenan estos tubos y qué objeto beneficioso tienen; simplemente: nada. Después se nos presenta el otro rompecabezas: o sea la liberación de esas adherencias inter-intestinales, que por más

finas que sean las manos del cirujano y por más delicado que quiera ser el trabajo; está expuesto a romper las paredes intestinales y naturalmente a practicar enterorrafias en tejidos deleznable y en una palabra agravar más una situación en la que cada paso de avance para reconstruir no se hace más que destruir tejidos vitales. A la hora de reducir las masas intestinales a la cavidad abdominal el trabajo es laborioso y hace sudar sangre al cirujano. La sutura del parietal se hace bastante dificultosa por los desgarros que produce suturar un peritoneo inflamado que tiene que cubrir y encerrar asas intestinales distendidas.

El tratamiento que yo recomiendo y el cual da origen a este pequeño artículo es realmente drástico, y está basado en parte en una técnica de la escuela alemana y en ligeras modificaciones que yo le he introducido.

La mejor recomendación de este tratamiento fue un honroso comentario a mi primer trabajo literario sobre este mismo asunto publicado en "The Lancet" London, Inglaterra, Diciembre 31 de 1932.

Al-publicar el trabajo hacían el siguiente comentario: *In the interesting report of Aguilar it is difficult to resist the conclusion that without this heroic but quite rational treatment the patients would have died.*

(En el interesante reporte de Aguilar es dificultoso resistirse a la conclusión de que sin este tratamiento heroico pero ra-

cional, los pacientes hubieran muerto.)

El autor describió su técnica y la cual se basaba en un lavado de la cavidad abdominal con solución salina de 3 y 4 litros en el momento de practicar la laparotomía dejando después tubos de hule suave como drenaje. Basado en la maravillosa idea de dicho autor yo comienzo a usar este mismo tratamiento pero modificado; en múltiples casos desesperados de peritonitis generalizada no obstante que mi técnica difiere de la de dicho autor por lo drástica.

TÉCNICA PRE-OPERATORIA, OPERATORIA Y POST-OPERATORIA

Técnica pre-operatoria: en primer lugar se procurará levantar la resistencia del paciente con grandes dosis de solución glucosada intravenosa, rigurosa calefacción del paciente, lavado del estómago con solución de bicarbonato de soda por medio de una sonda duodenal, la cual se dejará por tiempo ilimitado como drenaje del tubo digestivo; las hipodermocclisis de suero salino son de gran ayuda para combatir la deshidratación del paciente, la cafeína y benzoato de soda y adrenalina son estimulantes cardíacos apropiados levantando la presión sanguínea para procurar intervenir lo más pronto posible.

Técnica operatoria: en estos casos la anestesia que yo encuentro más eficaz es la inducción raquídea, por la Estovaina

combinada con la Adrenalina. Después de practicar la laparotomía y de quitar la causa de la infección peritoneal ya sea la apendectomía de un apéndice gangrenado o perforado, la sutura de una úlcera del estómago perforada, la sutura de una perforación intestinal, etc., práctico una verdadera inundación con suero normal salino a 60 grados de temperatura moviendo y removiendo las asas intestinales; coloco un tubo de drenaje con varias perforaciones y que no penetre más de 2 pulgadas en la cavidad abdominal, como a una pulgada arriba de la línea umbilical, después se colocan 2 tubos de drenaje uno en cada lado del abdomen y un poco abajo de la línea que une las 2 espaldas anteriores y superiores de la pelvis, estos tubos también perforados y de hule suave penetrarán lo más profundo que sea posible en la cavidad abdominal.

Tratamiento post-operatoria: este tratamiento es la base para obtener un buen resultado. Se mantendrá el paciente en la posición de Fowler, se drenará frecuentemente la cavidad estomacal con el tubo duodenal, se le administrará al enfermo por este mismo tubo pequeñas dosis de 6, 8 y 10 onzas de solución de bicarbonato de soda, la cual ayudará a combatir la acidosis, se seguirá administrando la solución glucosada intravenosa, los cardio-tónicos, se colocará frecuentemente una sonda rectal para ayudar a expeler los gases y se administrarán 2 o 3 veces al día una ampolla de pi-

tuitrina quirúrgica para mantener la peristalsis intestinal continua, se inyectarán en la cavidad abdominal de 2 a 3 mil centímetros cúbicos de solución salina normal de la manera siguiente: se cogerán los dos tubos inferiores de drenaje con fórceps hemostáticos para obtener su lumen y por el tubo que está colocado arriba de la línea umbilical se pasará la cánula con el irrigador que contiene la solución salina; una vez que ha pasado la cantidad de solución salina necesaria se cierra este tubo superior con un fórceps hemostático también y entonces se hace un masaje del abdomen procurando que abarque todo lo más profundo, para que mueva las asas intestinales. Es una buena idea que en el momento de esta irrigación se haya aplicado una dosis de pituitrina quirúrgica para que así la peristalsis ayude el movimiento de los intestinos. Después de este masaje se quitan los fórceps y se deja que la cavidad abdominal evacúe el líquido que se inyecta. No obstante que este líquido nunca se evacúa completamente, la cantidad que queda en la cavidad abdominal se re-absorbe y ayuda a combatir la deshidratación del enfermo. Estos lavados de la cavidad abdominal se pueden hacer 2 y 3 veces durante el día dependiendo de la gravedad del paciente, y se irán haciendo menos frecuentes conforme se note la mejoría del enfermo; como sea la suspensión de los vómitos fecaloides, la expulsión de gases y materias fecales por el recto, la mejoría del

pulso y de la presión sanguínea en una palabra: cuando comienzen a desaparecer los síntomas peritoníticos.

La morfina, al contrario de todas las técnicas hasta hoy conocidas yo procuro abolirla y empleo en su lugar pequeñas dosis de luminal que le dan al paciente un descanso por varias horas.

Voy a publicar el primer caso en el cual experimenté este tratamiento y el último caso donde ya la técnica la conceptúo como rutinaria.

OBSERVACIÓN N° 1

F. C. de A., guatemalteca, casada, de 27 años de edad.

Un médico que trabaja a 60 millas de distancia de este hospital me telefoneó diciendo que tenía un caso de peritonitis generalizada consecutiva a un apéndice perforado y que él esperaba mandar este enfermo por el primer tren que saliera con dirección a este hospital, no obstante que él creía que el caso era perdido. Esta llamada telefónica fue como a la una de la tarde del día 23 de febrero de 1931. La paciente fue admitida a este hospital el 24 de febrero de 1931 a las 10 a. m. y con la siguiente historia clínica: tuvo un dolor agudísimo en el abdomen 3 días antes de ser admitida al hospital, el cual fue empeorando hasta que finalmente se localizó en el cuadrante derecho e inferior del abdomen. El abdomen se ha ido distendiéndose poco a poco, no ha teñido asientos por 5 días y se queja de mucho dolor de cabeza de^

anorexia y vómito profuso. Está amamantando un niño de 7 meses de edad.

Examen físico: La enferma es una **muj** er bien desarrollada, gorda y probablemente con un exceso de peso para su altura; su condición general es mala, en estado de lipotimia con facies peritonítica, ojos hundidos, sudor frío, la frecuencia del pulso es 132 pero de un volumen muy pobre, la temperatura es 102 grados F. la lengua está muy saburrosa, el abdomen rígido y distendido, vómito profuso, el dolor es generalizado en todo el abdomen, pero más marcado a nivel de la región de Me. Burney.

Examen de Laboratorio orina: reacción acida, gravedad específica, 1.025 albúmina-I-, cilindros granulares finos y hialinos, cilindroides, pus - - -|-, ácido úrico -V, indican ----[-. La sangre- riégativa para paludismo y el recuento leucocitario es 32.750.

Diagnóstico. Apendicitis con perforación y peritonitis generalizada.

Tratamiento Operatorio: Se le practicó un lavado de estómago con solución de bicarbonato de soda. La intervención se llevó a cabo a las 11 y 45 a. m. con raqui-anestesia, usándose un centímetro y medio de la siguiente solución: Estovaina 0.050, glucosa 0.050 para cada 2. ce. de solución, administrándosele 12 gotas de una solución de Adrenalina al uno por mil sub-cutánea, inmediatamente

después de la anestesia espinal. También se le administró una hipodermocclisis con suero salino normal y 100 centímetros cúbicos de suero glucosado intravenoso. La laparotomía fue hecha con una incisión media que comenzó 2 pulgadas arriba del ombligo, hasta una pulgada arriba de la sinfisis del pubis. La cavidad abdominal contenía una gran cantidad de pus diseminado en todo el abdomen. Los intestinos estaban rojos e inflamados, distendidos y algunas asas estaban adheridas entre ellas por el exudado purulento. El apéndice estaba perforado en su tercio medio y completamente gangrenado, la punta del apéndice estaba separada del resto y firmemente adherida a la pared retrocecal.

El apéndice fue disecado y una buena cantidad de solución de mercurio-cromo al 2 por ciento fue aplicada a todas las partes de los intestinos que se pudieron alcanzar. La cavidad abdominal la inundé con grandes cantidades de suero salino haciendo prácticamente un lavado completo de ella y de las vísceras. Introduje 3 tubos de hule suave como drenaje: uno en la parte superior de la incisión abdominal, otro en la parte inferior de la incisión y otro en el cuadrante izquierdo e inferior del abdomen, practicando otra pequeña incisión en este lugar para introducir este tubo de drenaje.

La paciente fue colocada en posición de Fowler dándosele por la boca solamente pedacitos de hielo. Morfina, Adrenalina y Estrinina fue administra-

da según indicaban los síntomas.

Procedimiento *Post-Operatorio.* Al siguiente día de la operación el abdomen de la paciente seguía distendido y tímpanico pero el vómito había cesado y la enferma se sentía más comfortable. La frecuencia del pulso estuvo entre 112 y 128. La temperatura no subió arriba de 100. La paciente orinó normalmente, pero siempre se quejaba de los dolores de distensión del abdomen y entonces se le colocó una sonda rectal. El drenaje abdominal era libre y copioso. El segundo día la condición de la paciente era poco más o menos la misma; pequeñas cantidades de agua y solución de bicarbonato de soda le fueron dadas oralmente, se le administró otra hipodermocclisis de suero salino, pero la paciente siguió sufriendo de la distensión abdominal y de bastante dispnea. Otro lavado estomacal fue practicado con solución de bicarbonato de soda y una enterocclisis con solución salina hipertónica fue también administrada, pero sin ningún resultado. Durante la tarde del segundo día la paciente comenzó a vomitar grandes cantidades de vómito porraceo y continuó vomitando toda la noche, lo mismo que sufriendo de un hipo pertinaz. El tercer día la enferma estaba peor, el pulso era muy malo, el vómito era pertinaz y fecaloide; ni materias fecales ni gases pasaban por el recto. Le practiqué una irrigación de la cavidad abdominal con 2 litros de solución salina normal la que introduce

por el tubo de drenaje abdominal superior, obturándolo después y cuando la cavidad abdominal estuvo llena y distendida le hice un masaje abdominal por algunos minutos dejando que se escapara dicha solución de la cavidad abdominal. Este tratamiento fue hecho 3 veces durante este día y acompañado con una inyección de solución de pituitrina quirúrgica. Esa misma noche la paciente expelió algunos gases y pequeña cantidad de materias fecales por el recto. La paciente vomitaba ocasionalmente líquido fecaloide. El cuarto día se le practicaron 2 lavados de la cavidad abdominal y 2 inyecciones de pituitrina. La paciente siguió en muy malas condiciones y se le administraron tonicardíacos y otra hipodermocclisis de suero salino. Esta tarde la paciente tuvo una gran defecación y se sintió mucho mejor.

El quinto día la temperatura bajó a la normal, la frecuencia del pulso era de 96, la respiración 24. Desde ese momento el tratamiento consistió solamente en el cambio de la curación abdominal. La paciente comenzó a mejorar gradualmente y tenía 2 o 3 asientos diarios.

El vómito fue cada vez menos y gradualmente desapareció. Los tubos de drenaje abdominales los fui sacando gradualmente todos los días hasta que fueron enteramente removidos en el octavo día. Se le permitió tomar líquido al paciente el décimo día y fue dada de alta del hospital a los 19 días y en excelentes condiciones.

Entre este primer caso y el si-

guiente que voy a reportar que fue el último; tuve 8 más, los cuales se han curado maravillosamente con este tratamiento.

Observaciones: J. P. de 53 años de edad de raza negra fue admitido a este hospital el 12 de diciembre con la siguiente historia clínica; dolores agudos en el abdomen por 3 días, constipación, pues no ha tenido asientos por 6 días, distensión abdominal, vómito casi incoercible, hipo, anuria por más de 24 horas, cefalalgia y anorexia.

Examen clínico. El paciente se encontraba en estado de Lipo-timia con facies peritoneal, hiposistolia; la frecuencia del pulso era de 140, la temperatura 96 F., sudor frío, la presión arterial era 80 sistólica y 45 diastólica. Le practiqué al paciente un cateterismo de la vejiga extrayéndole 32 onzas de orina. El examen de laboratorio de esta orina dio el siguiente resultado: albúmina -j- -|---: Cilindros de todas clases, pus - - --, indican ---|-. El examen de la sangre: ésta contenía urea en exceso, el recuento leucocitario era 19.000.

Los vómitos eran fecaloides. La respiración tenía una frecuencia de 38 respiraciones por minuto. Corazón: existía dilatación cardíaca, arritmia y taquicardia. El pulmón enseñaba ligeras manifestaciones de edema pulmonar, había edema de las piernas.

El procedimiento a seguir fue el siguiente: le practiqué un lavado del estómago con solución de bicarbonato de soda hasta

que el líquido salió relativamente limpio con un tubo estomacal, después le dejé un drenaje permanente del estómago con el tubo duodenal el cual estuvo drenando 2 horas un líquido fecaloide. Se le administró 100 gramos de suero glucosado y suero normal salino intravenoso, se le administró digitaleno y al cabo de 2 horas la presión sanguínea se levantó a 100 sistólica y 60 diastólica, el pulso estaba poco más o menos lo mismo, la temperatura se elevó a 100. Entonces se le practicó al paciente una laparotomía con un diagnóstico un poco obscuro, pues el abdomen estaba bastante distendido y rígido, la localización del dolor estaba generalizada no obstante acusaba más dolores sobre la región derecha, marcando timpanismo en todo el abdomen y una matitez hacia el hipocondrio derecho.

El diagnóstico, como decía, estaba un poco obscuro no obstante la mayor posibilidad para una intususcepción intestinal. Se practicó una laparotomía paramediana derecha fuera del músculo recto del abdomen donde parecía que estaba localizada la lesión.

La laparotomía se practicó bajo raquianestesia con Estovaina y Adrenalina. Al abrir la cavidad abdominal ésta estaba llena de líquido purulento, las asas intestinales inflamadas y muy distendidas habiendo una distensión excesiva del colon ascendente y descendente con un marcado colapso del colon transversal; múltiples adherencias fuertes en todo el colon

ascendente hacia las otras asas intestinales y a las paredes abdominales y adherencias bastante bien constituidas hacia la vesícula biliar y el duodeno. Tuve irnos momentos de incertidumbre sobre la patología existente que me obligó a exteriorizar lo más posible las asas intestinales encontrando una invaginación del íleon hacia el ciego entre la válvula iliocecal, el apéndice estaba muy inflamado con adherencias retrocecales. Comencé por reseca el apéndice por reducir la invaginación del íleon fijando las paredes de éste hacia las paredes del ciego a nivel de la válvula; practiqué un lavado de la cavidad abdominal, más bien una inundación de ella, con solución salina rompí todas las adherencias hasta llegar a la vesícula biliar donde con sorpresa me encontré con una vesícula gangrenosa motivada por un empiema de la misma, entonces practiqué una colicistectomía. Como decía: el contraste que había entre la dilatación de los dos. el colon ascendente y descendente con el transversal era debido a que las adherencias que existían de la vesícula biliar al colon ascendente y parte de la pared del duodeno al codo izquierdo del colon, suspendían el ascendente y el descendente; y el transversal estaba vacío y completamente vacío, es decir, había un colapso completo de éste. Después de destruir todas las adherencias posibles se le aplicó al paciente una inyección de pituitrina quirúrgica le inundé otra vez la cavidad abdominal y de una

manera sorprendente noté el vaciamiento del contenido intestinal, teniendo el enfermo un asiento enorme en la misma mesa de operaciones. Después apliqué solución de mercurio cromo al 2 por ciento a todas las paredes viscerales, dejé un tubo de drenaje delgado Eijo do con 2 puntos de sutura con cartgut número 0 al muñón del conducto cístico, otro tubo de drenaje en la cavidad abdominal de hule suave y de un diámetro de media pulgada, otro tubo de drenaje del mismo diámetro en la parte inferior de la incisión hacia la fosa ilíaca derecha y poruña contra-incisión otro tubo de drenaje hacia la fosa ilíaca izquierda.

Periodo Post-Operatorio: El paciente siguió con los vómitos fecaloides y se le estuvo colocando el tubo duodenal en el estómago, la temperatura subió a 102, el pulso bajó a 120 y con mejor volumen. Se le administraron durante el día 2 inyecciones intravenosas más de suero glucosado. Inyecciones de aceite alcanforado y en la tarde se le administró otra inyección de pituitrina con un lavado de la cavidad abdominal en la forma que ya he explicado. En la noche se le puso otra inyección de digitaleno y le administré un grano y medio de luminal que se le repitió como a la una de la mañana, habiendo pasado el paciente una noche más o menos regular. Durante los días sub-siguientes se fue notando paulatinamente la mejoría, fueron cediendo los vómitos y la defecación se normalizaba.

Se le daban pequeñas cantidades de agua mineral y agua con bicarbonato de soda practicándole primero 3 y después 2 lavados diarios de la cavidad abdominal y administrándole pituitrina.

Al quinto día el tubo delgado que estaba fijado al conducto cístico se desprendió por sí solo y lo retiré por completo poniendo por entre la cavidad que dejó el tubo, unas cuantas gotas de solución de mercurio cromo con un pequeño drenaje de ruberdam.

El octavo día se le administró al paciente por vía oral caldo de legumbres y una dieta antipútrida; la temperatura se normalizó desde el séptimo día lo mismo que el pulso y la presión sanguínea.

El sexto día se suspendieron los lavados de la cavidad abdominal y los masajes, y se fueron retirando paulatinamente los

tubos de drenaje hasta que se retiraron completamente el tubo de drenaje superior y el de La fosa izquierda, cambiando el tubo de la fosa derecha por un drenaje en cigarro de ruberdam con gasa. Los puntos de sutura se retiraron el catorceavo día y el enfermo fue dado de alta 26 días después de la operación en excelentes condiciones.

Los otros casos eran como sigue : primero una perforación del ilium producida por fiebre tifoidea- otro un apéndice perforado al cual sólo le practiqué la apendectomía y aunque ya había una peritonitis generalizada sólo le dejé dos tubos de drenaje en la cavidad abdominal teniendo que intervenir nuevamente al tercero día: practicándole el tratamiento de los lavados abdominales. Otro era un caso de peritonitis pélvica con rotura de un piosal-

pinx que irrumpió en la cavidad abdominal. El útero y los anejos eran una sola masa de adherencias con la sigmoides, con el ciego, el apéndice y los intestinos delgados. Al practicar la pan-histerectomía y apendectomía; destruyendo las adherencias produjo un desgarro de las paredes del colon descendente con irrupción de materias fecales en la cavidad abdominal viéndome impelido a practicar una colostomía, colocando después los drenajes y practicando Los lavados y los masajes y aplicando grandes cantidades de solución de mercurio cromo en la cavidad abdominal. La fístula fecal de la colostomía la cerré en otra sesión operatoria después de haber curado la paciente de la infección peritoneal, habiendo sido alta completamente curada.

Los otros casos fueron peritonitis producidas por apendicitis gangrenosas con perforación."

CONCLUSIÓN. Aunque 10 casos no son suficiente base para recomendar este tratamiento yo creo: que no haber perdido ninguno de ellos es un buen aliciente para seguir la experiencia y comprobar si este tratamiento del mercurio cromo, la abolición de la morfina, la administración de pituitrina y los grandes lavados de la cavidad abdominal con masajes de la misma en los casos muy desesperados de peritonitis generalizada, es mejor que la rutina hasta ahora existente. Ojalá que así sea.

BIBLIOGRAFÍA

1. AN AID IN THE TREATMENT OF GENERAL PERITONITIS. Ricardo Aguilar, M. D., F. A. C. S., F. A. C. P., United Fruit Company Hospital, Quiriguá, Guatemala. Página 245. Medical Department. Twentieth Annual Report 1931.

2. IRRIGATION FOR PERITONITIS. Ricardo Aguilar, M. D., F. A. C. S., F. A. C. P. United Fruit Company Hospital. Quiriguá, Guatemala. "*The Lancet*," Offices: 7, Adam Street, Adelphi, W. C. 2. Telegrams: Lancet, Rand, London. Pag 1452. N° XXVII. Of Vol. 11., 1932, NP 5705. Vol. CCXXIII. London, Saturday, December 31, 1932.

AMFETIN, LILLY: Es una solución estable estéril e isotónica de fracciones concentradas y purificadas de líquido amniótico bovino; conteniendo aquella parte de líquido amniótico que de acuerdo con las observaciones de Johnson, Warren, Trusler y Lacey produce un efecto excitante sobre la reacción de defensa de las tunicas serosas. No es tóxico y no produce reacciones séricas ni anafilácticas ni ningún efecto indeseable sobre los tejidos. Este preparado fue puesto al mercado por la casa manufacturera de productos químico-farmacéuticos y opoterápicos Eli Lilly y Compañía de Indianápolis. Estados Unidos de Norte América.